攝護腺肥大症症例及ビ手術例報告（第 3 回）

Prof. Dr. M. Kitagawa und Dr. K. Miyauchi; Berichte über
suprapubische Prostataktomie.

慶應義塾大學醫學部皮膚科泌尿器科教室（泌尿器科主任 北川教授）

醫學博士 北 川 正 惇
醫學士 宮 内 憲 一

目 次

1, 緒 言	4, 臨床的觀察
2, 文 獻	5, 手術症例 （第5例—第13例）
3, 症 例 （第1例—第4例）	6, 手術例總括

1, 緒 言

慶應義塾大學醫學部皮膚科泌尿器科教室ニ於ケル攝護腺肥大症症例ニ關シテハ曩ニ 2回ニ亘ル手術例報告及ビ田村、金子兩氏ニ依ル統計的觀察ノ報告アリ。余等ハ最近相續キテ攝護腺肥大症ノ13例ヲ得タルヲ以テ其ノ症例ヲ記載シ前回ノ報告ニ追加セントス。今回ノ13例中 9例ニ於テ恥骨上攝護腺剔出術ヲ、2例ニ於テX線深部治療ヲナシ、1例ハ輕症ナリシヲ以テ特別ナル治療ヲ行ハズ、1例ハ事故退院セリ。

2, 文 獻

在來ノ文獻ハ既ニ前 3回ノ報告ニ詳シケレバ之ヲ省略ス。歐米ニ於ケル攝護腺肥大症ニ關スル文獻ハ益々多ク次ニ最近數年ニ於ケル主ナル文獻ヲ擧グレバ、

恥骨上攝護腺剔出術ノ報告ハ依然トシテ多數ナレド (Hirt, Gotzl, Jansen, Suter), 會陰切開ニ依ル攝護腺剔出例ノ報告ハ小數ナリ (Young, Wildbolz, Haim)。

恥骨上攝護腺剔出術ニ關スル最近ノ論說ハ之ヲ主トシテ一次的ニ行ハントスル者ト二次的ニ行ハントスル者トノ 2派アリ。即チ前者ハ Hirt, Gotzl, Pares, Suter 等ニシテ持續「カテーテル」挿入不能ナル時ハ勿論、高度ノ腎機能障礙、甚シキ膀胱感染無キ時可及的之ヲ一次的ニ手術ス可シト云ヒ、後者ハ Bedrna, Maisonnnet, Jansen, Alen 等ニシテ非感染ノ際及ビ腎機

能極メテ良好ナル時ノ外ハ原則トシテ二次的ニ行ハントスルモノナリ。

手術ノ適應ヲ定ム可キ腎臟機能検査ノ多種ナル方法ノ中何レヲ選ブ可キカニ關シテハ Young ハ「フェノールズルフオフタライン」排泄試験ヲ試ミテ更ニ血中殘餘窒素量ヲ參考トナシ、「アンバー」係數ニ關シテハ大ナル意味ヲ認メズ。

Bedrna ハ「フェノールズルフオフタライン」排泄試験ト尿稀釋濃縮試験ヲ適當ナリトナシ Pares ハ血中殘餘窒素量ヲ以テ手術ノ能不能ノ標準トナサントス。而シテ手術前ニ於ケル腎臟機能試験ノ成績ハ「フェノールズルフオフタライン」試験ニテハ2時間ノ排泄30%以上 (Young), 「インデゴカルミン」排泄ハ筋肉内注射ニテ10分—15分以内 (Suter), 尿稀釋濃縮試験ニテハ比重ノ差10以上 (Jansen) 又ハ15以上 (Wilbolz) 又ハ16以上 (Blum, Hrgntschan) 又ハ比重, 10^{18} 以上ニ濃縮シ得ルモノ (Suten), 血中殘餘窒素量ハ40mg% (Blum, Hryntsckak) 又ハ50mg% (Renner) 以下ナル事ヲ要スト云フ。

Seng ハ攝護腺肥大症患者ト血壓, 及ビ其ノ手術後ノ經過等ニ關シテ觀察ヲ試ミ, 手術ニ對シテハ高血壓ノ者ノ危險ナルト共ニ低血壓ノ者モ亦相當ノ危險アル事ヲ述ブ。

而シテ持續ノ導尿ニ依リテ高血壓及ビ正常血壓ノ者ハ血壓ノ下降ヲ見, 手術後ハ正常血壓及ビ低血壓ノ者ハ血壓上昇シ, 高血壓ナリシモノハ更ニ血壓ノ低下ヲ見ルトイフ。

Bacon, Kretschmer, Woodreff ハ攝護腺肥大症患者ニ於ケル電氣心動曲線ノ觀察ヲナシテ其ノ一部ヲ發表シ, 本症患者ノ心臟疾患ニ對シテ電氣心動曲線ノ精査ハ時ニ理學的診斷法ニ勝ル事アリトイフ。

麻醉法ノ最近ノ趨勢ヲ見ルニ全身麻醉ノ用ヒラルル事ハ殆ド無ク, 專ラ腰椎麻醉, 薦骨麻醉局所麻醉ヲ應用ス。Maisonnet ハ腰椎麻醉ノ際ニ於ケル血壓下降ヲ防グニ「スバルテイン」又ハ「カンフル」ヲ用フル事ヲ推奨ス。薦骨麻醉ハ Young, Bedrna, Rummer, Suter 等ニ依リテ其ノ効果ヲ認メラル。一次ノ手術ノ際ニ局所麻醉ヲ用ヒタル報告ハ Ballenger Paes 等ニ依リテ記載セラレ, Ballenger ハ3%「ノボカイン」ヲ攝護腺周圍組織ニ浸潤セシム。Pares, Briggs ハ之ニ加フルニ攝護腺別出時ニハ「エーテル」昏迷ヲモ併用セリ。

手術後ノ處置法トシテ Maisonnet, Baumann ハ「ガーゼ」填塞ヲ用ヒズ溫湯又ハ食鹽水ヲ以テ灌流ス。特別ナル止血法トシテハ Higgis ハ氣球「カテーテル」(Ballon catheter) ヲ Davis, Greditzer ハ特別ナル充栓 (Clamp) ヲ用フ。高位切開創ニ於ケル「マリオン氏」排泄管ハ Young, Pares 何レモ4日後ニ之ヲ除去ス。

精系切除術ハ McKey, Dunajanskij, Ujhely, Wolfsohn, Goldstein, Suter 等ニヨリテ其ノ簡便ナルニ拘ラズ合併症豫防ノ効著シキ點ヲ以テ補助療法トシテ攝護腺別出術ヲナスト否トニ拘ラズ行ラ可キ價值アル事ヲ記載セリ。

X線深部治療ニ關シテハ Fürstmann (55例, 93.2%) Boit (48例, 82.8%) ノ奏効例ノ報

告アリ。

其他病症ノ初期ノ者ニ對シテハ「ペブシンブレーゲル」注射療法, 中葉肥大ニ對シテハ電氣凝固法等ノ奏効例ヲ散見ス。

本邦ニ於テ高橋教授ハ中葉肥大ノ際ニ Punch-operation ノ奏効例ヲ報告セラレ, 武市氏ハ本症ノ 8例ニ「ラデウム」療法ヲ試ミテ著効ヲ得シヲ記載ス。

3, 症

例 (第1表參照)

(手術ヲ行ヒタル9例ハ第4章ニ於テ詳述ス)

第1例 木○某, 77歳,

初診, 昭和5年8月30日, 即日入院

診斷, 攝護腺肥大症

現在症, 17年前ヨリ時々尿線中絶アリ。3年前ヨリ奇異性尿失禁ヲ見ル事アリ。2週間前ヨリ尿意頻數甚シク, 5日前ヨリ尿閉ヲ來シ導尿ヲ受ク。1昨日導尿ノ際出血甚シク初診時尙血尿ヲ認ム。

主訴, 尿閉

既往症, 2歳ノ時淋疾ニ罹ル。

家族歴, 特記ス可キ事無シ。

現症, 表情稍痴鈍, 膀胱部壓痛アリ。攝護腺左葉超鷄卵大, 上縁ヲ觸レ得ズ。彈性稍硬, 血壓138—82, 尿ハ血樣ニシテ放置スレバ凝塊トナル。血液所見ハ赤血球320萬, 白血球9000, 血色素量(ライツ)50%, 白血球像ハ中性嗜好細胞79%, 淋巴球16%, 單核白血球3%「エオジン」嗜好細胞1.4%膀胱鏡所見, 粘膜稍潤濁スレド血管像著明ニシテ肉柱樣ナリ。攝護腺像ハ殊ニ左側ニ於テ大ナリ。兩側輸尿管孔ハ見出シ得ズ。

腎臟機能試驗, 「フェノールズルフオフトライン」排泄ハ7分25秒ニ始リ30分ニシテ34鈣排尿, 色素排泄30%, 次ノ30分21鈣 15%, 次ノ1時間ニ42鈣, 10%, 血中殘餘素 36mg %ナリ。

治療, 即日留置「カテーテル」ヲ置キ, 「ウワウルシ」劑, 止血劑ノ内服ヲナス。X線深部治療毎週1回宛10回ヲ試ミタルモ著變ヲ認メズ, 10月15日未治退院セリ。

第2例 新○盤○, 75歳,

初診, 昭和5年8月31日, 即日入院

診斷, 攝護腺肥大症, 氣管枝炎

主訴, 尿閉

現在症, 15年前ヨリ尿意頻數, 尿線細少ヲ覺エ10年前血尿アリタリト云フ。風邪等ニテ臥床スル時ハ常ニ症狀増惡セリ。數日前ヨリ氣管枝炎ニテ就床セルニ再ビ排尿困難アリ, 遂ニ尿閉ヲ來セリ既往症, 20歳ニテ淋疾ニ罹リ, 時々氣管枝炎ヲ病ム。酒, 煙草ヲ嗜マズ。

家族歴, 特記ス可キ事無シ。

現症, 體格中等, 皮膚柔軟, 色素渺ク發毛粗ナリ。右肺氣管枝呼吸音アリ。攝護腺超鷄卵大, 左葉肥大甚シ。表面平滑硬, 辜丸及ビ副辜丸ニ異狀無シ。殘留尿約700鈣, 尿ニハ蛋白, 赤血球僅ニ存シ, 多核白血球, 連鎖狀球菌多シ。血壓135—85, 血液所見ハ赤血球463萬, 白血球10225, 血色素量(ライツ)75%, 白血球型ハ中性嗜好細胞69%, 淋巴球19%, 單核白血球58%, 「エオジン」嗜好細胞5.5%ナリ。

腎機能試驗「フェノールズルフオフトライン」排泄ハ30分ニシテ排尿30鈣色素排泄25%其ノ後30分ニシテ尿量25鈣色素15%, 次ノ1時間ニ尿量10鈣, 色素3%ナリ。尿稀釋及濃縮試驗ハ飲料攝取量1.5立ニシテ其後4時間ノ排泄尿303鈣, 比重最低1013, 最高1017ナリ。

治療, 入院後ハ留置「カテーテル」ヲ置キ, 「ウバウルシ」及ビ「ウロトロピン」劑内服, 1週1回宛X線深部治療ヲ行フ事16回ニ及ビ12月15日ヨリ自然排尿可能トナリ輕快退院ス。入院中1週ニ1—2回宛血尿アリタリ。

第3例 岸○頼○, 78歳,

初診, 昭和5年10月15日, 即日入院,

診斷, 攝護腺肥大症

主訴, 尿閉

現症歴 3—4年前ヨリ排尿障礙及ビ數回ノ夜尿

アリ。本年 5月末尿閉ヲ來シ導尿ヲ受ク。爾來排尿滴狀ヲナシ、昨夜再ビ尿閉ヲ起ス。

既往症、38歳ニ腸「チブス」ニ罹ル。酒、煙草ヲ嗜マズ。

家族歴、特記ス可キモノ無シ。

現症、體格中等、榮養稍々可、胸部ノ内臓ニ異狀無シ。膀胱部ニ壓痛アリ。攝護腺ハ上縁ヲ觸レザルモ超鷺卵大、彈性軟ナリ。左葉肥大著シク、左縁ハ極ムルヲ得ズ。尿ニハ蛋白、桿菌、多核白血球アリ。殘留尿750㏄、血壓145—70。血液所見ハ血色素量77% (ライツ) 赤血球474萬、白血球8500白血球型ハ中性嗜好細胞79%、淋巴球15%、移行型細胞4.6%「エオジン」嗜好細胞1.3%、「ワ氏」反應(一)

腎機能試験、「フエノールズルフオフタライン」排泄ハ12分10秒ニ始リ、30分間ニ排尿量20㏄、色素量5%、次ノ30分間ニ19㏄、5%、次ノ1時間ニ53㏄15%ノ排泄アリ、血中殘餘窒素量ハ33mg%ナリ。

治療、入院以來持續「カテーテル」ヲ置キ、「ウバウルシ」劑ヲ與フ。2週間後未退院ス。

第4例 藤○勇○, 50歳,

初診、昭和5年4月23日、同月28日入院

診斷、攝護腺肥大症、右側遊走腎、膀胱加答兒兼肛門周圍炎。

主訴、尿閉、尿意頻數、

現症歴、7年前ニ尿閉アリ。爾來2回ノ尿閉ニ導尿ヲ受ケタリ。4月20日夜尿閉、21日ヨリ持續「カテーテル」、25日ヨリ自然排尿可能トナレルモ尿意頻數甚シ。

既往症、25歳ニ淋疾、梅毒ヲ病ミ、時々胃腸障礙アリ。

家族歴、特記ス可キ事無シ。

現症、體格榮養中等、左腎臟部ニ壓痛アリ。肛門ノ周圍ニ硬結アリ。攝護腺左葉肥大シ彈性硬、右葉ハ肥大無キモ壓痛アリ。右腎ハ背臥ニテ臍上2横指、立位ニテ臍高ニ觸ル。尿ハ一般ニ濁濁シ多核白血球、連鎖狀球菌ノ外病的ノ物無シ。血液「ワ氏」反應陰性、

膀胱鏡所見、膀胱内容150㏄以上、粘膜濁濁シ血管像明カナラズ。兩側輸尿管孔尋常、攝護腺像ハ特ニ左ニ大ナリ。「インヂゴカルミン」排泄ハ右2分45秒、左3分55秒ニ始ル。

治療、攝護腺肥大ハ輕症ナルヲ以テ特別ノ治療ヲナサズ主トシテ膀胱炎ノ治療ヲ行ヒ、「トリパフロビン」注射、尿道膀胱洗滌等ヲ行ヒ、7月14日輕快退院セリ。

(第5例以下第13例迄ハ第4章ニ記載ス)

4, 臨 床 的 觀 察

1, 發生年齡ハ60歳以下1例, 60歳以上5例, 70歳以上7例ナリ。此ノ如ク患者ハ何レモ高年ナルヲ以テ排尿障礙アルモ生理的ノモノト考ヘ醫治ヲ乞ハザル者モ多數アル可シ。初發症狀ヲ發シテヨリ醫治ヲ受クルニ至ル迄ニハ何レモ相當ノ年月ヲ經過シ、長キハ17年短キモ1年、平均7年ナリ。故ニ本症ヲ初期ニ於テ發見スル事ハ尠ク本例ニ於テモ第1期ト認メラルモノハ最年少ノ1例ノミナリ。

2, 症狀、症狀ノ強弱ハ必ズシモ腺肥大ノ程度ニ一致スルモノニ非ズシテ專ラ肥大セル部分ノ位置ノ關係ニヨルモノナリ。

尿意頻數ハ夜間ニ於テ殊ニ甚シク4例ニ於テ夜尿ヲ訴フ。尿線ノ細少又ハ薄弱モ夜間乃至ハ臥床時等局所ヲ溫暖ナラシメタル時ニ甚シク1例ニ於テハ風邪ニテ臥床スル毎ニ尿閉ヲ來シタリトイフ。上述ノ如キ理由ニヨリ醫治ヲ乞フ事遅キヲ以テ大多數ニ於テ尿閉ヲ起シテ初メテ外來ヲ訪ル。尿閉ノ訴無キ者ハ唯2例ノミナリ。殘留尿ヲ知り得タル者ニ就キテ見ルニ最少180㏄、

第 1 表

症 例	發 病 年 齡	主 訴	殘 留 尿	血 壓	觸 診	膀 胱 鏡	腎 臟 機 能		X線 寫 眞	治 療 法	經 過	合併症	備 考
							フエノ ール	水					
1, 木	77.60	血尿及 尿 閉	180	138—82	超鴉卵 大, 左 葉大	左葉大	725" 45%	/	/	留置「カテ テル」X線深 部治療10回	未治	/	「エオジン」嗜好 細胞 1.4%
2, 新	75.60	尿 閉 尿意頻數	700	135—85	超鴉卵 大, 右 葉大	/	40%	1013—17 303毫	/	留置「カテ テル」X線深 部治療15回	輕快	/	「エオジン」嗜好 細胞 5.5%
3, 岸	78.74	尿 閉 夜尿 排尿困難	750	145—70	超鴉卵 大, 左 葉大	/	12' 10%	/	/	留置「カテ テル」	事故 退院	/	「エオジン」嗜好 細胞 1.3%
4, 藤	50.43	尿 閉 尿意頻數	/	/	左葉肥 大	左葉大「インデ ゴカルミン」 右2'45" 左3'55"	/	/	/	尿道洗滌	輕快	/	/
5, 松	65.64	尿 閉	200	165—70	小鴉卵 大	3個ノ隆起	7' 47%	/	/	「フレーヤー」 氏一次的恥骨 上攝護腺剔除	全治	潛伏微毒 細胞1.2%, 剔除攝 護腺17瓦	「エオジン」嗜好 細胞 1.2%, 剔除攝 護腺17瓦
6, 細	78.75	多尿, 頻尿 排尿困難 腹部ノ腫痛	500	190—110	鴉卵大 左葉大	左葉大, 偏憩室	6' 50%	1004—11 613毫	44.9毫% 明瞭	「フレーヤー」 氏二次的攝護 腺剔除	全治	手術後神 經症狀 發ス	「エオジン」嗜好 細胞8.0%, 剔除攝 護腺139瓦
7, 石	77.72	尿 閉	250	155—90	超鴉卵 大	/	9' 45%	1010—20 341毫	34.1毫% 明瞭	「フレーヤー」 氏一次的	死亡	心臟衰弱	父モ尿閉「エオジ ン」嗜好細胞1.4% 剔除攝護腺24.4瓦
8, 川	71.68	尿線細小 尿 閉	/	/	小鴉卵 大, 左 葉肥大	/	9'55" 43%	1004—24 743毫	48.0毫% /	/	全治	神經痛	剔除攝護腺21.5瓦
9, 清	71.64	尿意頻數 尿 閉	/	150—80	小鴉卵 大	/	4'50" 31%	1002—20 593毫	30.0毫% 不明瞭	/	全治	右副腎丸 炎	「エオジン」嗜好 細胞2.1%, 剔除攝 護腺78瓦
10, 大	65.55	尿線細小 尿意頻數 尿 閉	/	126—94	超鴉卵 大, 左 葉大	2個隆起	5'30" 29%	1003—24 1050毫	27.8毫% 不明瞭	/	死亡	腹膜刺激 症狀	「エオジン」嗜好 細胞4.0%, 剔除攝 護腺68瓦
11, 石	67.63	尿 閉	/	135—70	鴉卵大 左葉大	不規則ナル隆起	3'40" 55%	1001—26 755毫	50毫% 不明瞭	「フレーヤー」 氏二次的攝護 腺剔除	全治	/	「エオジン」嗜好 細胞0%, 剔除攝護 腺27瓦
12, 深	67.66	尿 閉	435	135—75	鴉卵大	/	10'40" 37%	1002—36 1580毫	48毫% /	/	"	肛門周圍 炎	「エオジン」嗜好 細胞3%, 剔除攝護 腺39瓦
13, 三	74.64	尿意頻數 尿線細少 排尿疼痛	500	132—74	稍大	右葉大	4'10" 61%	1003—19 949毫	33毫% 明瞭	/	"	"	「エオジン」嗜好 細胞2%, 剔除攝護 腺20瓦

最大750ㇿナリ。絶エズ残留尿ヲ有スル爲ニ腎臓ハ水腎性萎縮腎ノ狀ヲ呈シ尿分泌ヲ増加ス。然レドモ尿濃縮力ハ減退スルヲ以テ比重ハ低シ。其ノ著明ナル者ハ第6例ニシテ1日ノ尿量平均2835ㇿニ達シ、其ノ比重ハ濃縮試験ノ際ト雖モ1011ヲ越エザルナリ。更ニ進メバ慢性尿毒症ノ症狀ヲ發ス可シ。各期ヲ通ジテ見ラルル症狀ノ一ニ血尿アリ。之ハ導尿時ノ外傷。導尿ニ因ル急激ナル膀胱壓ノ減少等ニヨル事アルモ何等ノ誘因無ク起ル事多シ。奇異性尿失禁ハ2例ニ於テ之ヲ見タリ。

血液所見、攝護腺肥大症ニ於ケル「エオジン」嗜好細胞數ノ増加ハ攝護腺病腫トノ鑑別ニ意味アリトセラルル所ナルモ右ノ内11例ニ於テハ4%以上ノ者3例、以下ノ者8例ヲ見タリ。

血壓ハ最高血壓190乃至126ㇿナレド何レモ高年ナルヲ以テ生理的ノ範圍ヲ出デザル者多シ。唯第6例ノ190ㇿ、第5例ノ165ㇿニ於テ稍病的ト思惟セラル。前者ハ水腎性萎縮腎ニヨルモノナル可ク、後者ハ「ワ氏」反應強陽性ナルヲ以テ原因ヲ微毒ニ求ム可キモノカ。

合併症、尿閉及ビ導尿等ノ爲ニ多クハ膀胱ノ細菌感染ヲ起シ13例中膀胱尿ノ無菌ナル者ハ1例ノミ他ハ何レモ輕重ノ差コソアレ膀胱炎ヲ併發セリ。同様ノ原因ニヨリテ副睪丸炎モ起リ易ク、2例ニ於テ急性副睪丸炎ヲ惹起セリ。腎盂炎モ亦屢々見ラルルモノナレ共此ノ13例ニ於テハ之ヲ見ザリキ。攝護腺肥大症ニ精神障礙ノ伴フ事アルハ時々報告セラル。殊ニ手術後ニ來ル事多ク本症例中1例ニ於テ癲癇様發作ヲ見シコトハ既ニ當教室田村博士ガ發表セリ。

既往症、既往ニ於テ淋疾ヲ有シタル者5例、「ワ氏」反應強陽性ナル者2例アリ。

遺傳的關係、Blattニ依レバ本症ヲ起シ易キ體質ハ軀幹ニ於ケル發毛貧ニシテ皮膚ハ極メテ柔軟、滑澤ニシテ色素渺シト云フ。本例中第2例、第5例、第7例、第13例等ハ何レモ此ノ體質ニ適合セリ。而シテ體質ハ遺傳スル事アルヲ考フレバ攝護腺肥大症ニモ尙多少ノ遺傳的關係ヲ見出ス可キナリ。本例中第7例及ビ第12例ニ於テ患者ノ父モ亦尿閉ヲ起シテ死亡セリ。或ハ攝護腺肥大症ニヨル尿毒症ニテ倒レタルニ非ズヤト想像セラル。

3, 診斷、尿閉ノ際ニ下腹部ニ腫瘤ヲ見出シ得ルハ勿論ナレド本症ニ於テ膀胱擴張及ビ多量ノ残留尿ヲ有スル時ハ排尿後ニ於テモ向下腹部ニ腫瘤ヲ觸知シ得ルナリ。本例中ニ於テモ5例ニ於テ腫瘤ヲ認メ又3例ニ於テ壓痛ヲ有シタリ。

直腸診、攝護腺ハ彈性軟又ハ硬ニ觸レ、肥大ハ兩葉一樣ニ肥厚スル事アレ共偏側ノ肥大著シキ事多シ。本例ニ於テモ左葉ノ肥大7例、右葉ノ肥大2例、左右略同大ナル者4例ナリ。而シテ肥大著シキ時ハ其ノ全輪隔ヲ觸レ得ザル事アリ。大キサハ小鷄卵大ヨリ超鷄卵大迄種々ナリ。專ラ膀胱内ニ向テノミ肥大ヲ呈セル者ハ直腸ニ向テハ其肥大ノ度著シカラザレドモ其ノ排尿障礙ハ却テ甚シ。

残留尿ハ本症ノ治療方針ヲ定ムルニ大ナル關係アリ。即チ第4例ノ如ク残留尿無キ者ハ殆ド治療ノ必要無ケレドモ常ニ相當ノ残留尿ヲ有スレバ全身狀態ヲ害スルヲ以テ速ニ適當ノ療法ヲ

講ズ可キナリ。

膀胱鏡所見, 膀胱鏡ヲ挿入スルニ際シテハ著シク尿道ノ延長ヲ認メ, 膀胱粘膜ハ何レモ膀胱炎ノ爲ニ多少溷濁腫張シ, 各例共尿潴滯ノ結果肉柱膀胱ヲ呈セリ。攝護腺像ハ膀胱鏡検査ヲ行ヒタル各例ニ於テハ丘陵狀ヲナシテ視野ノ邊緣ヲ占メ又膀胱頸部ノ隆起ヲ來シテ爲メニ輸尿管孔ハ其ノ後方ニ隠レテ見エザル事多シ。膀胱憩室ハ比較的多キ合併症ナレ共本例ニ於テハ第6例ニ於テ2個ノ偽憩室ヲ認メタルノミナリ。其他出血竈ヲ發見シ得ル事アリ(第6例)。

X線検査, 膀胱氣體撮影法ヲ行ヘリ。攝護腺ノ明瞭ナル陰影像ヲ得タル者3例, 明瞭ナラザリシ者4例ナリ。

腎臟機能成績, 腎機能試験法トシテハ「フェノールズルフオフタライン」排泄試験, 尿稀釋濃縮試験, 血中殘餘窒素量測定等ヲ行ヒタリ。入院當時ノ「フェノールズルフオフタライン」排泄ハ靜脈内注射後1時間迄ノ排泄量最高61%, 最低10%ニシテ相當ノ障礙ヲ認メタル事多シ。尿稀釋濃縮試験ハ最初ノ4時間ノ排尿量303㏍乃至1580㏍ニシテ尿稀釋時ト濃縮時トノ比重ノ差最小4, 最大34ナリ。一般ニ「フェノールズルフオフタライン」排泄ノ始ル時間ハ略正常ナルモ色素排泄速度遲シ。尿稀釋濃縮試験ハ水分排泄量, 稀釋力, 濃縮力等ハ何レモ正常ニ比シテ小ナリ。而シテ此等ノ腎機能障礙ハ遂ニ血中殘餘窒素量ノ増加ヲ招來ス。本例ニ於テモ殘餘窒素量測定10例ノ中40mg%以上ノ者4例, 30mg%以上ノ者3例, 20mg%以上ノモノ3例ナリ。

此等腎機能障礙ノ恢復法トシテ余等ノ行フ方法ハ先ヅ持續留置「カテーテル」ナリ。其ノ効果ハ相當顯著ナルモノニシテ「カテーテル」留置10日乃至1週間ニシテ色素排泄量ハ略々49%乃至11%ヲ増加シ, 又尿道ヨリスル持續留置「カテーテル」ノ効果少ナカリシ1例ニハ高位切開ヲ行ヒテ「マリオン氏」排尿管ヲ置キテ血中殘餘窒素量ガ1ヶ月後ニ44.5mg%ヨリ21.0mg%ニ低下セシヲ見タリ。

4, 療法, 姑息的療法, 攝護腺肥大症ノ初期ニ於テハ必ズシモ手術ヲ必要トセズ, 姑息的療法ヲ以テシテ充分其ノ効ヲ見ルモノニシテ少クトモ著シク病ノ進行ヲ緩徐ナラシム。即チ營養ニ富ム食餌ヲ攝リ, 便通ヲ整ヘ, 寒胃ヲ豫防シ, 殊ニ下肢ニ於ケル血流ヲ活潑ナラシメ, 飲酒及ビ夜間ニ於ケル液體攝取ノ制限等ニ注意ス。療法トシテハ「ラヂウム」照射, X線深部治療及ビ「ペプシンブレーゲル」注射等試ミラル。排尿障礙ニ對シテハ持續留置「カテーテル」ヲ用ヒ此際ノ細菌感染ハ膀胱洗滌ヲ以テ豫防ス。患者自身ノナス導尿ハ危險ニシテ自ラ其生命ヲ短縮スルモノナリ。精系切除術ハ既ニ此ノ時機ニ於テモ充分行フ可キ價值ヲ有スルモノナリ。屢々應用セラルル利尿劑ハ必ズシモ其ノ必要無キガ如シ。第4例ニ於テハ極メテ初期ノ攝護腺肥大症ナリシヲ以テ專ラ膀胱炎ニ向テ治療ヲ施シ本症ニ關シテハ唯養生法ヲ示シテ退院セシメタリ。

第2期, 第3期ニ入レル者ハ結局手術ヲ必要トスルモノナレドモ手術ハ必ズシモ早急ニ之ヲ行フ必要無シ。

Jansen ハ初發症狀ヲ發シテヨリ少クトモ2ヶ年ハ根治手術ヲ行ハズ專ラ姑息療法ヲ行フトイフ。根治手術ニ關シテハ次項ニ詳述スルヲ以テ略ス。患者ガ根治手術ヲ忌避スルカ又ハ全身症狀不良ニシテ手術ヲナシ能ハザル時ハ姑息療法ヲ行フ。

持續留置「カテーテル」ハ殘留尿アル時機ニ於テハ缺ク可カラザル療法ニシテ此方法ノミニヨリテモ患者ノ腎機能及ビ自覺症狀ハ著シク輕快スルモノナリ。本例ニ於テモ手術ヲ行ハザリシ患者ノ3例ニ於テ終始持續留置「カテーテル」ヲ用ヒタリ。

X線深部治療ハ2例ニ於テ持續留置「カテーテル」ト併用シ何レモ10數回ニ亘リテ行ヒ第1例ハ遂ニ認ム可キ奏効無ク中途退院セシモ第2例ハ3ヶ月後自然排尿可能トナリ輕快退院セリ各例ニ於テ入院中ハ「ウバウルシ」劑及ビ「ウロトロピン」劑ヲ服用セシメタリ。

會陰切開攝護腺別出術ハ本邦ニ於テハ其ノ行ハルル事比較的稀ナリ。本例ニ於テモ本法ヲ行ヒタル者無シ。

恥骨上攝護腺別出術ハ9例ニ於テ之ヲ行ヒタルヲ以テ次項ニ詳述ス可シ。

5, 手術症例 (第2表)

第5例, 松〇市〇〇, 65歳, 會社員,

初診, 昭和5年3月3日, 即日入院,

診断, 攝護腺肥大症兼潜伏性第2期梅毒

主訴, 尿閉

現症歴, 約1ヶ年前ヨリ夜間3回位ノ排尿アリ。晝間ハ4回位ナリ。3月1日何等ノ誘因ト認ム可キ物無ク尿閉ヲ起シ醫師ニヨリテ導尿ヲ受ケタリ。翌日モ自然排尿不能ノタメ遂ニ當科ヲ訪レタリ。

既往症, 酒, 煙草ヲ嗜マズ。花柳病ハ否定ス。

家族歴, 父母老死, 同胞4人中2人死亡シタルモ病名不詳, 子7人健在, 流, 早産無シ。

現症, 體格, 榮養中等, 淋巴腺腫脹無シ。胸部内臓ニ異狀ヲ認メズ。腹部ニ腫瘍, 壓痛點無シ。腎臓ハ右ハ臍高2横指上ニ, 左ハ臍高3横指上ニ之ヲ觸レ, 大サ, 硬度共ニ異狀無シ。攝護腺ハ小鶏卵大, 彈性軟, 中央部膨隆シ, 尿道溝ヲ觸レズ睾丸, 副睾丸, 輸精管尋常, 尿所見ハ褐色稍濁濁ス。蛋白少量アリ, 上皮細胞, 桿菌, 多核白血球ヲ混ズ。殘留尿ハ200乃至300㏄ナリ。血液所見ハ血色素量(ライツ)94%, 白血球數6500, 赤血球數604萬, 白血球型ハ中性多核細胞68.4%, 淋巴球25.2%, 單核白血球5.2%, 「エオジン」嗜好細胞1.2%ナリ。血壓165-70㏄ 血液「ワ氏」反應強陽性ナ

リ。

膀胱鏡所見(5/Ⅲ)膀胱粘膜肉柱様, 兩輸尿管孔ヨリ週期的尿排泄ヲ認ム。逆膀胱鏡ニテ内尿道口ノ周圍ニ3個ノ隆起ヲ示ス攝護腺ヲ認ム。

X線検査(3/Ⅲ)膀胱氣體撮影法ヲ行ヒタルモ明瞭ナル陰影ヲ得ザリキ。

腎臓機能検査「フェノールズルフオフトライン」排泄ハ7分ニ始リ, 30分ニテ尿量15㏄, 色素量17%, 次ノ30分間ニ17㏄, 30%, 次ノ1時間ニ30㏄, 15%ナリ。

手術(6/Ⅲ)「フレーヤー氏」法ニ依リ恥骨上攝護腺別出ヲ行フ。腰椎麻酔ノ下ニ皮膚切開ヲ加ヘ, 膀胱ニ空氣約200㏄ヲ入レ膀胱高位切開ヲナス。攝護腺ヲ被ヘル膀胱壁ニ刀ヲ加ヘ其ノ部ヨリ攝護腺ヲ剔出ス。「ジュロタ氏」管ヲ用ヒ「沃度ホルムガーゼ」ヲ充填シ, 膀胱ニマリオン氏尿管ヲ挿入シテ縫合ヲナス。

手術後經過 尿排泄ハ良好 10/Ⅲ充填「ガーゼ」ヲ除去シ, 12/Ⅲ「マリオン氏」尿管除去, 尿道ヨリ「ネラトン氏カテーテル」ヲ挿入ス。血中殘餘窒素量ハ26.7㏄%。1/Ⅲヨリ自然排尿可能トナレリ。尿中ニ桿菌及球菌ヲ認メタルヲ以テ0.5%「トリパフラビン」10㏄ヲ隔日は注射ス。8/Ⅲ「フェノ

ールズルフオフタライン」排泄試験ヲナスニ6分35秒ニテ始リ1時間ニテ67%ニシテ手術前ノ47%ニ比シ遙カニ良好トナレリ。15/Ⅷ高位切開創ハ完全ニ治癒ス。直腸診ヲナスニ栗實大ノ攝護腺ノ如キモノヲ觸ル。彈性軟ニシテ中央ニ溝アリ。排尿回数晝間4回、夜間3回、残留尿無シ。16/Ⅷ全治退院ス。

剔出標本ハ重サ17瓦、組織的検査ヲナスニ腺腫型ナリ。

遠達成績、手術後1ヶ年自覺症狀全ク無ク、會社ニ勤務ス。

第6例、細○繁○○、78歳、

初診、昭和5年6月4日、入院、同月9日

診断、攝護腺肥大症

主訴、多尿、尿意頻數、排尿障碍及ビ下腹部腫痛、

現症歴、昭和元年10月糖尿病ニテ入院加療輕快ス。3年前ヨリ夜間排尿回数増加シ、3ヶ月前ヨリハ5—6回ニ及ブ。1ヶ月前何等ノ誘因ト認ム可キモノ無ク突然血尿アリ内科醫ヨリ腹部ニ腫瘍アル事ヲ告ゲラレ當科ヲ訪ル。6月6日惡寒戰慄熱發ノ後ニ血尿アリ。9日入院後モ引續キ輕度ノ血尿ヲ見タリ。

既往症、生來健康ニシテ著患ヲ知ラズ。昭和元年糖尿病ニ罹ル。

家族歴、兩親共ニ老衰ニテ死シ、子無ク、配偶健在。

現症、體格大、榮養良、下腹部強ク緊張シ膀胱ハ臍上1横指ニ達スル腫瘍トシテ觸ル。攝護腺ハ偉大ニシテ鵝卵大ニ觸レ指ハ上縁ニ達スルヲ得ズ表面ハ平滑ニシテ左葉ハ右葉ニ比シテ稍々大ナリ右副睪丸ノ頭部稍大ナルモ硬カラズ。左側輸精管稍々大ナリ。尿道ハ「シャリエール」20號ノ「ブージー」ヲ容易ニ通シ得。残留尿約500㏄。尿所見ハ蛋白痕跡、糖無シ。上皮細胞僅少、多核白血球、球菌稍々多シ。血壓190㏄—110㏄。血液所見ハ血色素量「ライツ」ニテ64%、赤血球數529萬、白血球數7200、白血球型ハ中性多核細胞39%、「エオジン」嗜好細胞6%、單核白血球9.9%、淋巴球44%、血液「ワ氏」反應陰性、尿量1日平均2895㏄ナリ。

膀胱鏡所見、膀胱粘膜ハ肉柱様、稍々濁腫脹シ、血管像不鮮明、小ナル偽憩室2個アリ。膀胱底面ハ膨隆シ、正中部ニ出血竈アリ。兩輸尿管孔ハ攝護腺像ニ妨ゲラレテ見ルヲ得ズ。攝護腺像ハ左葉著明ニ腫大シ、「ホーム氏」葉ノ肥大ナシ。

X線検査、膀胱氣體撮影法ヲ行フ。明カニ腫大セル攝護腺像ヲ認メ、左葉ハ右葉ヨリ遙カニ大ナリ。

腎臓機能試験、12/Ⅶ「フェノールズルフオフタライン」排泄試験ヲ行フニ排泄ハ6分ニテ始リ30分間ニ尿量140㏄、色素排泄33%、次ノ30分間ニ100㏄、17%、次ノ1時間ニ160㏄、14%ナリ。29/Ⅶ尿稀釋濃縮試験ヲ行フ。飲料1.5立撮取後4時間迄ノ排泄尿量613㏄、比重最低1004、最高1011ナリ。血中殘餘窒素量ハ10/Ⅶニ於テ44.9㏄%ニシテ手術前ニハ、21.0㏄%トナレリ。

手術、準備、入院後數日間觀察スルニ自然排尿ハ全ク無ク導尿ニ依リテ得ル尿ハ1回1100—900㏄ナリ。12/Ⅶヨリ持續留置「カテーテル」ヲ施シ、膀胱洗滌ト硝酸銀液ヲ注入ヲ行フ。約2週間後尿稀釋濃縮試験ヲナスニ前記ノ如ク成績宜シカラズ此ニ於テ3/Ⅶ「コカイン」局所麻醉ニテ膀胱高位切開ヲナス。膀胱ヨリハ「マリオン氏」排尿管ヲ出シ、尿道ニハ「カテーテル」ヲ留置ス。此クシテ15/Ⅶニ至リ血中殘餘窒素量ヲ檢スルニ21.0㏄%トナレリ。7月17日第二次攝護腺剔出術ヲ行フ。腰椎麻醉ノ下ニ高位切開創ヨリ手指ヲ挿入シ攝護腺ヲ剝離シテ剔出ス。剔出後ノ空洞ニ沃度「ホルムガーゼ」ヲ充填シテ「マリオン氏」排尿管ヲ留置ス。

經過、23/Ⅶ充填「ガーゼ」除去、尿道ニ持續留置「カテーテル」ヲ置ク。1/Ⅶ「マリオン氏」排尿管除去、9/Ⅶ高位切開創閉鎖ス。「フェノールズルフオフタライン」排泄ハ5分ニテ始リ1時間ノ排泄量40%ナリ。15/Ⅶ尿道「カテーテル」除去自然排尿可能トナル。29/Ⅶ膀胱鏡検査ヲナスニ粘膜ハ肉柱様、兩輸尿管孔正常、攝護腺像ニハ肥大ヲ認メズ、膀胱頸部ハ稍々充血シ皺襞多シ。「インデゴカルミン」排泄ハ右4分30秒、左4分5秒ニテ始ル。30/Ⅶ全治退院ス。入院中患者ハ10/Ⅶ頃ヨリ時々意味不明ナル言語ヲ口走り、19/Ⅶニハ夜

間約10分間癲癇様發作アリタリ。

剔出標本, 3個=分割シテ剔出セラレタリ。總重量139瓦=シテ本邦ニ於ケル報告中最大ノ物ナリ。

組織検査ヲナス=腺腫型ナリ。

遠達成績, 8ヶ月後迄自覺症狀無シ。直腸診=ヨリ小ナル攝護腺ヲ觸ル。退院後モ1回癲癇發作アリ。検尿スル=糖アリ。糖尿病再發ス。

第7例 石○浦○○, 77歳, 男,

初診, 昭和5年8月30日, 即日入院,

診断, 攝護腺肥大症, 尿閉及脱肛,

現症歴, 5年前ヨリ排尿障礙アリシモ特ニ醫療ヲ受ケズ。8月29日朝突然尿閉ヲ來シ當日ハ4回導尿ヲ受タリ。

既往症, 41歳=肺炎ヲ病ミ, 性病ハ否定ス。

家族歴, 父ハ82歳ニテ尿閉ヲ起シテ死亡, 母ハ老死, 子7人中2人死亡

現症, 顔面胸部=異狀無ク, 肝, 腎, 脾ヲ觸レズ。腹部=腫痛。壓痛等ヲ認メズ。攝護腺ハ鶏卵大ヲ超エ硬ク, 上縁ヲ觸レ得ズ。數年前ヨリ脱肛アリ。尿所見ハ輕度=濁濁シ弱酸性, 蛋白(+), 糖(-) 赤血球, 多核白血球, 桿菌アルモ圓嚙, 上皮細胞無シ。殘留尿約250ㄩ, 血液所見ハ赤血球數598萬, 白血球數10300, 血色素量「ライツ」ニテ105%, 血液「ワ氏」反應陰性, 血壓155-90,

膀胱鏡検査, 患者ノ腹壓強クシテ行フヲ得ザリキ。

腎臓機能試験「フェノールズルフオフトライン」排泄(10/Ⅹ)ハ9分25秒=始リ, 30分=シテ尿量37ㄩ, 色素排泄30%, 次ノ30分=21ㄩ, 15%, 次ノ1時間=60ㄩ, 25%ナリ。血中殘餘窒素量28.1ㄩ%, 尿稀釋濃縮試験(17/Ⅹ)ハ最初4時間ノ排泄尿量341ㄩ, 比重最低1010, 最高1020ナリ。

X線検査(19/Ⅹ)膀胱氣體撮影法ヲ行フ。攝護腺像ハ「カテーテル」ノ影像ヲ標準トスレバ左葉大ナルガ如シ。

手術, 入院以來持續「カテーテル」ヲ行ヒ, 「ウバウルシ」劑内服, 9月25日「フレーヤー氏」恥骨上攝護腺剔出ヲ行フ。手術方式前例ノモノト大差ナシ。手術後ノ全身狀態不良ニシテ翌日心臓衰弱ニテ死亡セリ。

剔出標本 3個=分割シテ取出セリ。總計24.4瓦

組織標本ヲ檢スル=腺腫型ナリ。

第8例, 川○幸○, 71歳,

初診, 昭和5年9月2日, 即日入院,

診断, 攝護腺肥大症兼尿閉

主訴, 尿閉, 下腹部緊張感

現症歴, 約3年前ヨリ尿線細少トナリ, 排尿後殘留尿アルヲ氣付キ次第ニ其度ヲ増シタリ。2日前ヨリ全ク尿閉トナリ, 導尿ヲ受ク。其際尿ニハ少量ノ血液ヲ混ジタリ。

既往症, 生來健康ニシテ著患ヲ知ラズ。下疳ニ罹リシ事アリ。淋疾ハ否定ス。

家族歴, 父ハ胃癌, 母ハ産後ニ死ス。同胞7人中1人胃癌ニ倒レ, 子4人中2人蟲様突起炎, 1名脊椎「カリエス」ニテ死ス。

現症, 體格稍大, 榮養可, 内臓器官ニ異狀無シ。淋巴腺腫脹ヲ觸レズ, 睪丸, 副睪丸, 輸精管尋常。攝護腺ハ小鶏卵大, 彈性軟, 平滑, 左葉著シク腫大ス。右葉ノ小部分ニ硬度硬キ所アリ。

腎臓機能検査, 「フェノールズルフオフトライン」排泄(5/Ⅹ)ハ9分55秒=始リ, 30分=シテ尿量47ㄩ, 色素排泄25%, 次ノ30分=29ㄩ, 18%, 次ノ1時間=ハ排尿無シ。尿稀釋濃縮試験(8/Ⅹ)ハ液體飲料1.5立ヲ採リ, 其後4時間ノ排尿量743ㄩ, 比重最低1004, 最高1024ナリ。血液殘餘窒素量48.0ㄩ%。

膀胱鏡検査, 膀胱痙攣アリテ膀胱容量20ㄩニ滿タザルヲ以テ中止ス。

X線検査ハ行ヒ得ザリキ。

手術, 9/Ⅹ腰椎麻酔ニテ「フレーヤー氏」法ニ依リ一次的ニ攝護腺剔出ヲナス。手術後ノ經過ハ15/Ⅹ充填「ガーゼ」ヲ除キ, 18/Ⅹ「マリオン氏」尿管ヲ除去シ, 尿道ヨリ「ネラトン氏」「カテーテル」ヲ留置ス。6/X「ネラトン」除去, 自然排尿異狀無シ。14/X全治退院ス。入院後1週間目ヨリ腰部ニ激シキ神經痛様ノ疼痛アリ。退院時迄ニハ輕快セザリキ。

剔出標本, 重サ21.5瓦, 左葉著シク大ナリ。組織標本ヲ見ルニ大部分腺腫型ナレドモ一隅ニ惡性腫瘍ヲ思ハシムル所見アリ。

遠達成績, 手術後7ヶ月後迄排尿障礙等ハ自覺セズ。神經痛ハ今日ニ至ルモ時々再發ニ惱マサル

トイフ。

第9例、清○平○、71歳、請負師、
初診、昭和5年9月15日、入院、同月18日、
診断、攝護腺肥大症、尿閉兼急性右副睪丸炎、
左陰囊水腫、
主訴、尿閉、疼痛性右睪丸部腫脹、排尿時終末
疼痛、

現症歴、約7年前ヨリ尿意頻數、尿線細少＝氣
付ク。大正14年9月攝護腺肥大症ノ診断ノ下＝某
病院＝入院シ導尿ヲ受ケタリ。

既往症、20歳＝淋疾ヲ病ミ50歳＝腸「チブス」＝
罹ル。

家族歴、父母共＝死亡、病名不詳、子4名中1
名死亡。

現症、體格中等、榮養普通、胸部内臓＝異狀ヲ
認メズ。

攝護腺ハ小鶏卵大、兩葉略同大、彈性軟、輕度
ノ壓痛アリ。陰囊ノ左側ハ雞卵大＝腫脹シ、著明
＝波動ヲ觸ル。右腎ハ觸レ、壓痛アリ。左腎ハ觸レ
ズ。尿ハ蛋白(一)多核白血球及球菌アリ。血液所
見ハ赤血球數646萬、白血球數4200、血色素量「ラ
イツ」ニテ80%、白血球型ハ中性多核細胞71.4%
淋巴球21.6%、單核白血球4.9%、「エオジン」嗜好
細胞21%ナリ。血液「ワ氏」反應陰性、血壓150
—80

膀胱鏡検査、手術前＝ハ行ハザリキ。

X線検査(26/K)膀胱氣體撮影法ヲ行ヒタルモ
明瞭ナル攝護腺像ヲ得ザリキ。

腎臟機能試験、「フエノールズルフオフトライ
ン」排泄(20/K)ハ4分50秒＝始リ、30分間＝尿量
25㍑、色素排泄13%、次ノ30分間＝17㍑、18%、
次ノ1時間＝20㍑、10%ナリ。此ノ日ヨリ留置「カ
テーテル」ヲ置キ10日後再ビ機能試験ヲ行ヒシニ
3分50秒＝シテ始リ、30分間＝130㍑、35%、次ノ
30分間＝70㍑、15%、次ノ1時間＝60㍑、15%ヲ
排泄シテ著シク機能ノ増進セルヲ認ム。血中殘餘
窒素量ハ30.0㍑、尿稀釋濃縮試験(22/K)ハ液體
攝取1.5立ニテ最初4時間ノ排尿量593㍑、比重最低
1002、最高1020ナリ。

手術、入院後3日日(20/K)ヨリ留置「カテー
テル」ヲ持續シ、「ウバウルシ」劑ヲ與フ。10月7

日薦骨麻酔(2%「ノボカイン」30㍑)ノ下＝「フレー
ヤー氏」恥骨上攝護腺剔除術ヲ行フ。13/X手術
後6日目＝充填「ガーゼ」ヲ除キ翌日ヨリ尿道＝
「ネラトン氏」「カテーテル」ヲ留置ス。15/X「マ
リオン氏」導管除去11/X術後35日＝シテ持續留
置「カテーテル」ヲ除キ自然排尿ヲ行フ。腎機能
ハ第2回検査ノ際ト略々同様ナリ。14/X高位切
開創ハ硼酸亞鉛華軟膏ヲ貼用スル程度トナリ全治
退院ス。

剔出標本、78㍑、腺腫型ナリ。

遠達成績、術後5ヶ月格別ノ障礙無ク家業＝從
事ス。

第10例、大○松○○、65歳、

初診、昭和5年9月17日、同月22日入院、

診断、攝護腺肥大症、

主訴、尿線細少、尿閉、尿意頻數、

現症歴、約10年前突然尿閉ヲ起シ導尿ヲ受ケタ
リ。爾來尿線細少トナリ毎年2—3回ノ尿閉發作ア
リ。1ヶ月前ヨリハ1週1—2回トナリ。尿意頻數ヲ
伴フ＝至ル。

既往症、3年前腦溢血

家族歴、特記ス可キ事無シ。

現症、體格中等、榮養可良、兩腎共＝觸レズ。
腹部稍膨隆スレ共壓痛無シ。攝護腺ハ鶏卵大ヲ越
エ彈性軟稍々硬キ部分アリ。左葉ハ右葉ヨリ大ナ
リ。排尿回数ハ晝間1時間毎＝1回、夜間ハ5—6
回排尿ノ爲＝離床ス。尿所見ハ稍々濁シ蛋白、
赤血球、多核白血球及ビ葡萄狀球菌ヲ認ム。血液
所見ハ赤血球數420萬、白血球數6700、血色素量「ラ
イツ」ニテ98%、血壓126—94、血液「ワ氏」反應陰
性ナリ。白血球型ハ中性多核細胞64%エオジン嗜
好細胞4.0%、單核白血球5%、淋巴球27%ナリ。

膀胱鏡所見、(8/X)膀胱容量150㍑以上、膀胱
粘膜ハ輕度＝濁潤腫脹スルモ血管像ハ明ラカ＝認
メ得タリ。兩輸尿管孔異狀無ク、週期的收縮ト共
＝尿線排泄ヲ認ム。膀胱壁ハ肉柱様＝シテ頸部＝
ハ2個ノ隆起ヲ示セル攝護腺像ヲ認ム。結石、潰
瘍等ハ之ヲ見ズ。

X線検査、膀胱氣體撮影法＝依ル攝護腺像ハ認
メ得ザリキ。

腎臟機能検査22/K血中殘餘窒素量27.8㍑ナリ

23/X「フェノールズルフトライン」排泄ハ5分30秒ニ始リ, 30分ニシテ色素量15%, 次ノ30分間ニ14%, 次ノ1時間ニ15%ヲ排泄ス。持続「カテーテル」ヲ留置シテ1週後2/X再ビ之ヲ検スルニ5分ニシテ始リ30分ニシテ30%, 次ノ30分10%, 次ノ1時間30%ニシテ相當ノ腎機能回復ヲ認メタリ。尿稀釋濃縮試験ハ3/X之ヲ行ヒタルニ飲料攝取1.5立ニシテ4時間後迄ノ排尿量1050㏄, 比重最低1003最高1024ヲ得タリ。

手術, 23/Xヨリ持続留置「カテーテル」ヲ施シ「ウヴウルシ」劑ヲ與ヘ腎機能ノ回復ヲ待チ, 10月9日手術ヲ行ヘリ。1%「ノボカイン」30㏄ヲ以テ薦骨麻酔ヲナシ, 「フレーヤー氏」恥骨上攝護腺剔出術ヲ一次的ニ行フ。術後「リングル氏」液400㏄ヲ皮下ニ注射セリ。翌日ヨリ腹膜刺戟症狀ヲ發シ心臓衰弱ノ兆アリ, 手當遂ニ及バズ13日鬼籍ニ入ル。

剔出標本, 重量58瓦, 腺腫型ナリ。

第11例 石○末○, 67歳,

初診, 昭和6年8月29日, 即日入院

診断, 攝護腺肥大症

主訴, 尿閉

現症歴, 4年前ヨリ夜間排尿3, 4回ニ及ビ寒冷ノ候又ハ飲料攝取多量ナリシ後ニ甚シク10數回ノ排尿ヲナセン事アリ。初診3日前夜間排尿不能トナリ導尿ヲ受ケ爾後自然排尿無シ。從來血尿, 排尿疼痛等ヲ覺エタル事無シ。

既往症, 20歳ニ「マラリア」ニ罹リシ外著患ヲ知ラズ。性病ハ否定ス。

家族歴, 同胞5名, 尙健康, 子13名ヲ舉ゲタルモ現在5名健在。

現在症, 體格, 榮養中等, 胸部内臓異狀無シ。腎臓ハ兩側共ニ之ヲ觸レズ, 膀胱上縁ハ臍下三横指ニ觸ル。攝護腺ハ鵝卵大, 彈性軟, 左葉大, 尿所見ハ褐色稍濁濁ス。蛋白微量, 糖無シ。上皮細胞, 膿球, 球菌ヲ混ズ。攝護腺液ハ膿球, 表皮細胞數個, 精糸多數ヲ認ム。血液所見ハ血色素量(ライツ)109%, 白血球數8000, 赤血球數392萬, 白血球ハ中性多核細胞61%, 淋巴球37%, 單核白血球2%, エオジン嗜好細胞, 鹽基性細胞無シ。血壓ハ入院當初135—70, 持続「カテーテル」10日後

125—70, 第一次手術後10日ニシテ90—68, 第二次手術後20日ニシテ100—50トナレリ。

膀胱鏡所見(16/X)膀胱容量100㏄以上, 膀胱粘膜強度ニ肉柱様, 攝護腺像ハ不規則ナル隆起トシテ認メラレ兩輪尿管口ハ之ニ隠レテ認メ得ズ。

X線検査 (3/X)膀胱氣體撮影法ヲ行ヒタルモ明瞭ナル陰影ヲ得ザリキ。

腎臓機能検査 (1/X)「フェノールズルフトライン」排泄ハ3分40秒ニ始リ30分ニシテ排尿量140㏄, 色素量40%, 次ノ30分間ニ35㏄, 15%, 次ノ1時間ニ50㏄, 5%ナリ。尿稀釋濃縮試験(30/VII)ハ飲料攝取1500㏄ニテ4時間迄ノ排尿量755㏄, 比重最低1001, 最高1026ナリ。血中殘餘窒素量ハ入院直後50㏄%ナリシモノ剔出手術直前ハ40㏄%手術後20日ニシテ25㏄%トナレリ。

手術, 入院以來ハ自然排尿可能トナリタルモ3日後ヨリ持続留置カテーテルトナス。17/X局所麻酔ノ下ニ膀胱高位切開術ヲナシ, 膀胱ヨリハ「マリオン氏」尿管ヲ出シ尿道ニ「カテーテル」ヲ留置ス。血中殘餘窒素量ハ顯著ナル減少ヲ示サザレドモ他ノ腎機能試験成績良好ナリシヲ以テ,

1/X薦骨麻酔(1%「ノボカイン」30㏄)ノ下ニ攝護腺剔出術ヲ行フ。經過, 6/X充填「ガーゼ」除去尿道ニ持続「カテーテル」ヲ置ク, 8/X「マリオン氏」尿管除去, 22/X高位切開創閉鎖, 25/X尿道留置カテーテル除去自然排尿異常無シ。手術後ハ血中殘餘窒素量著明ニ減少シ20日目ニハ25㏄%トナレリ。12/X膀胱鏡検査ヲ行フ。膀胱粘膜混濁セルモ諸所ニ血管像ヲ認ム。攝護腺像ハ消失シ略正常ナル兩輪尿管口ヲ認ム。「インデゴカルミン」排泄ハ右3分30秒, 左3分38秒ニシテ始リ, 右4分10秒, 左3分55秒ニシテ濃厚トナル。膀胱粘膜ノ肉柱様變化ハ消失セリ。殘留尿約10㏄, 13/X全治退院ス。

剔出攝護腺重量ハ27瓦ナリ。

第12例, 深○榮○, 67歳,

初診, 昭和6年9月3日, 即日入院,

主訴, 尿閉

現症歴, 10ヶ月前夜間尿線細少及ビ排尿後殘留感ヲ覺エタリ。9ヶ月前ヨリ尿意頻數アリ夜間3, 4回ノ排尿ヲ見タル事アリ。31/VIII 排尿頻繁ニシ

テ尿管細少トナリシガタ刻ニ至リテ遂ニ尿管閉ラ
來シ翌日ヨリ數回ノ導尿ヲ受ケタリ。

既往症、20歳ノ頃始メテ淋疾ニ罹リ爾後數回ノ
再發ヲ見タルモ醫治ヲ受ケズ。他ニ著患ヲ知ラズ。

家族歴、父ハ70歳ニテ尿管閉ヲ起シテ死亡シ、母
ハ60歳ニテ腎臟疾患ニ死ス。同胞 4人中 2名死亡
子 6人中 4名幼少ニテ死ス。

現在症、體格、榮養中等、胸部内臟異常ヲ認メ
ズ、兩腎共ニ觸レズ、膀胱上縁ハ臍下三横指ニ觸
ル。攝護腺ハ雞卵大、彈性軟、表面平滑。尿ハ
僅ニ濁濁シ、蛋白(+)赤血球(卅)其他僅少ノ表皮
膿球ヲ混ズ。殘留尿ハ435ㄲ。血液所見ハ血色素量
「ライツ」92%, 赤血球數482萬5千、白血球數4650
白血球型ハ中性多核細胞55%エオジン嗜好細胞 3
%, 淋巴球35%, 單核白血球 7%, 血液ワ氏反應
強陽性ナリ。血壓ハ入院當初ハ135—75, 1/X高位
切開手術後18日ニシテ102—54, 21/X剔出手術後1
5日ニハ105—50, 20/X手術後4, 5日ニテ120—70ト
ナレリ。

膀胱鏡検査、X線検査ハ之ヲ行ハズ。

腎臟機能試験、4/X「フエノールズルフオフタ
ライン」排泄ハ10分40秒ニシテ始リ、30分間ニ尿
量25ㄲ、色素量17%, 次ノ30分間ニ15ㄲ、20%,
次ノ1時間ニ 32ㄲ 20%ナリ。7/X尿稀釋濃縮試
験ハ飲料1500ㄲヲ攝取シ、最初 4時間ノ排尿量15
80ㄲ 比重最低1002, 最高1036ナリ。血中殘餘窒
素量ハ入院當初48ㄲ%高位切開手術後 4日ニハ77
ㄲ%ニ達シタルモ再ビ減少シ、20日後ニハ40ㄲ%
トナリ、剔出手術後 5日ニハ33ㄲ%トナレリ。

手術、入院後持續「カテーテル」トナシ、1週
間後高位切開術ヲ行ヒ、「マリオン氏」尿管ヲ
挿入ス。血中殘餘窒素量ハ1時77ㄲ%ニ達シタル
モ再ビ減少シ、3/Xニハ40ㄲ%トナリタルヲ以テ
6/X膈骨麻醉ノ下ニ攝護腺剔出ヲ行フ。14/X充填
「ガーゼ」除去、20/X(マリオン氏)尿管除去
21/X「ネラトン氏」尿道「カテーテル」ヲ除去シ
タルニ自然排尿可能ナリキ、然レドモ高位切開創
ノ閉鎖未ダ完全ナラズ、上層「ガーゼ」ヨリハ小
量ノ尿ノ浸出ヲ認ム。20/X「フエノールズルフオ
フタライン」排泄ヲ檢シタルニ 3分45秒ニ始リ 1
時間ノ色素排泄量74%ニシテ著シキ恢復ヲ認メタ

リ。27/X患者ノ希望ニヨリ退院セシム。

經過中7/Xヨリ肛門周圍炎ヲ發シ 22/X切開手
術ヲナセリ。

剔出攝護腺重量89ㄲ、

第13例 三〇六〇〇、74歳、

初診、昭和 6年 3月11日、入院 同月26日、

診斷、攝護腺肥大症、萎縮腎、

主訴、尿淋弱、尿意頻數、排尿疼痛、

現症歴、20年前ニ痔核ノ手術後導尿ヲ受ケタル
事アリ。約10年前ヨリ排尿ニ時間ヲ要スルニ氣付
ク週間前ヨリ何等誘因ト認ムル事無ク主訴ヲ發シ
時ニ奇異性尿失禁アリ、3月23日外來ヲ訪レタリ。

既往症、20年前痔核ノ手術ヲ受ケシ外著患ヲ知
ラズ、性病ハ否定ス。

家族歴、兩親老衰ニテ死シ、同胞ハ12名中 9名
死亡、子 9名中 4名死亡

現在症、體格大、榮養可良、胸部内臟ニ異狀ヲ
認メズ、右腎ハ臍高ニ觸レ、左副睪丸ハ頭部稍大
ナレドモ壓痛無シ、下肢ニ浮腫等ヲ認メズ、攝護
腺ハ上縁ヲ觸レザレドモ直腸診ヲ以テシテハ著明
ナル腫大ヲ認メズ。尿所見ハ略々清澄、蛋白(+)糖
無シ。膿球、赤血球、細菌ヲ認メズ、殘留尿約
500ㄲ。血液所見ハ血色素量「ライツ」ニテ80%,
赤血球 489萬 6千、白血球7550、白血球型ハ中性
多核白血球69%, エオジン嗜好細胞 2%, 單核白
血球並ニ移行型6.5%, 淋巴球20.7%ナリ。血壓ハ入
院當初132—74, 21/V高位切開後9日ニシテ120—
60, 13/V剔出手術後50日ニシテ136—75トナレリ
血液「ワ氏」反應陰性、

膀胱鏡所見、膀胱容量150以上、尿道ハ延長シ、
膀胱粘膜ハ一體ニ浮腫發赤アリ、諸所ニ皮下出血
ヲ認ム。肉柱樣變化ハ著明ナラズ、兩輸尿管孔ハ
略正常。攝護腺像ハ右葉ハ左葉ニ比シ大ナリ。

X線検査、膀胱氣體攝影法ヲ行ヒタルニ攝護腺
像ハ明瞭ニ肥大セル狀ヲ現シタリ。靜脈内腎盂撮
影法ニヨリ腎盂像ハ兩側トモ異狀無シ。

腎臟機能、4/III「フエノールズルフオフタライ
ン」排泄試験ヲ行フニ排泄ハ4分10秒ニ始リ30分間
ノ排尿104ㄲ、色素排泄量40%, 次ノ30分間ニ56ㄲ
12%, 次ノ1時間42ㄲ、7%ナリ。尿稀釋濃縮試
験(9/III)ハ飲料1200ㄲ攝取シ、最初 4時間ノ排尿

量949 μ 比重最低1003, 最高19ナリ。血中殘餘窒素量ハ4/Ⅲ38 μ %12/V高位切開手術直前ニハ37 μ %21/V高位切開後 9日ニシテ23 μ %ナリ。

手術, 26/Ⅲ入院以來4日間ハ規則的ニ導尿ヲ行ヒ5日目ヨリ持續留置「カテーテル」トナシ, 12/V局所麻酔ノ下ニ高位切開ヲ行ヒ, 「マリオン氏」尿管ヲ置ク。薦骨麻酔ノ下ニ攝護腺剔除術ヲ行フ。27/V充填「ガーゼ」一部除去, 33/V全部除去尿道「カテーテル」留置, 4/Ⅵ「マリオン氏」尿管除去 8/Ⅵヨリ高位切開創ヨリノ浸出無シ。

11/Ⅵ手術創治癒ス。17/Ⅵヨリ尿道「カテーテル」ヲ除去シタルモ自然排尿異常無シ。14/Ⅵ「フェノールズルフオフトライン」排泄ヲ驗スル25分17秒ニ始リ, 30分ニシテ排尿100 μ , 色素排泄量40%次ノ30分間ニ130 μ , 14%次ノ1時間ニ150 μ , 14%ナリ。15/Ⅵ全治退院ス。經過中4/Ⅵヨリ兩側, 殊ニ左側副睾丸炎ヲ發シタルモ數日ニシテ壓痛去リ, 硬結ヲ殘スノミトナレリ。

剔除攝護腺重量19.9 μ ,

以上9例ノ手術例ヲ總括スレバ第2表ノ如シ。

6, 攝護腺肥大症手術例總括

當教室ニ於ケル本症手術例ハ前 2回ノ報告後最近更ニ 9例ヲ得タルヲ以テ第 3回報告トシテ追加セントス。

之ヲ總括スルニ入院時ノ年齢ハ最高78歳, 最低65歳ニシテ, 初發症狀ト認ム可キ物ヲ發シタル年齢ハ最高75歳, 最低55歳ニシテ, 初診時ニ於テハ已ニ症狀ヲ發シテヨリ早キモ 1年, 遅キハ10年ヲ經過ス。

全身狀態ニ影響多キ殘留尿ニ關シテハ200 μ 乃至500 μ ニシテ 4例ニ於テハ之ヲ知り得ザリキ而シテ殘留尿ノ多少ト腎機能, 及ビ治療經過トノ關係ニ對シテハ症例少數ニシテ何等ノ結論ヲ得ズ。

腎臟機能ハ「フェノールズルフオフトライン」排泄試験, 尿稀釋濃縮試験, 血中殘餘窒素量測定等ニヨリテ判定セリ。機能試験ハ入院直後, 手術前, 手術後等隨時之ヲ試ミテ其ノ經過ヲ觀察セリ。

「フェノールズルフオフトライン」排泄ハ入院直後ニ於テハ最初 1時間ノ色素排泄量29%乃至61%ヲ示セリ。而シテ排泄最モ不良ナリシ 2例ハ持續「カテーテル」應用ノ10日後, 1週間後ニ再ビ之ヲ檢シ各々31%ヨリ50%ニ, 29%ヨリ40%ニ何レモ顯著ナル恢復ヲ認メタリ。手術前, 排泄量37%及ビ47%ナリシ 2例ハ手術後15日及ビ 1ヶ月ニシテ74%, 65%ニ増加セリ。手術前排泄比較的可良ナリシ 2例ハ手術後相當期間ヲ置キテ之ヲ再檢セルニ61%ヨリ54%ニ, 50%ヨリ40%ニ却テ多少ノ減少ヲ示シタリ。

尿稀釋濃縮試験ハ入院直後 5例ニ於テ之ヲ試ミ比重ノ差30以上1例, 20以上1例, 15以上2例ヲ得タリ。留置「カテーテル」7日後ニ之ヲ檢シタル2例ハ比重ノ差20及ビ21ニシテ共ニ比較的可良ナリ。1例ハ持續「カテーテル」20日ニシテ尚比重ノ差 7ヲ出デザリシモノアリ, 本例ハ高位切開ヲ行ヒテ後12日ニ殘餘窒素量ヲ檢シテ21 μ %ヲ得, 入院當時ノ44, μ %ニ比シ著シキ減少ヲ認メタリ。

第 2 表

症 例	年 齡	入 院 時 狀 態		腎 臟 機 能	處 置	手術前狀況		手術	經 過			剔出標本		遠達成績				
		主訴	尿量 留			血 壓	エ オ シ ン 嗜 好 細 胞		フ エ ノ ー ル	殘餘 窒素	水試験	留置カテ ー ル 其 他	腎臓機能其他		術式 フ レ ー マ ー	充 填 ガ ー ゼ 除 去	マリオン 除 去	自然排 尿
5, 松○	65	1年 前	尿閉	200	165--70	1.2%	71 47%	/	/	入院ノ3日後手術	一次腰椎	4日後	6日後	25日後	40日後	17瓦	腺腫型	1年後尙自 覺症狀ナシ
6, 細○	78	3年 前	排尿困 難	500	190—110	6.0%	61 50%	44.9 mg	高位切開 後14日間	高位切開前比重10 04—11切開後12日 殘餘窒素21.0mg%	二次腰椎	6日後	13日後	29日後	42日後	139 瓦	腺腫型	10ヶ月後尙 自覺症狀ナ シ
7, 石○	77	4年 前	尿閉	250	155—90	1.4%	91 45%	28.1 my	26日 間	膀胱洗内 服	一次腰椎	翌日心臓衰弱ニテ 死亡				24.4 瓦	腺腫型	/
8, 川○	71	3年 前	尿閉	/	/	/	955" 43%	48.0 my	7日 間	膀胱洗内 服	一次腰椎	6日後	9日後	58日後	65日後	21.5 瓦	腺腫型1 最悪性像 アリ	6ヶ月後自 覺症狀無シ 神經痛アリ
9, 滑○	71	7年 前	尿閉	/	150—80	2.1%	450" 31%	30.0 my	16日 間	膀胱洗内 カテーテル フエノール350' 後10日後	一次腰椎	6日後	8日後	35日後	37日後	78瓦	腺腫型	6ヶ月後尙 健康ナリ
10, 大○	65	10年 前	尿閉	/	126—94	4.0%	530" 29%	27.8 my	18日 間	膀胱洗内 カテーテル フエノール7日 後	一次腰椎	膀胱刺戟症狀ヲ發シ 4日後死亡				58瓦	腺腫型	/
11, 石○	67	4年 前	尿閉	/	135—70	0%	340" 55%	50延 %	16日 間	高位切開 後12日開 日	二次腰椎	5日後	7日後	19日後	44日後	27瓦	腺腫型	/
12, 深○	67	1年 前	尿閉	435	135—75	3%	1040" 37%	48延 %	7日 間	高位切開 後26日開 日	二次腰椎	8日後	14日後	40日後	51日後	39瓦	腺腫型	/
13, 三○	74	10年 前	尿意頻 數尿線 細小	500	132—74	2%	410" 61%	38延 %	42日 後	高位切開 後11日間	二次腰椎	7日後	12日後	25日後	53日後	20瓦	腺腫型	/

血中殘餘窒素量, 入院當初ニ於ケル殘餘窒素量ハ最高50㊦%, 最低27.8㊦%ニシテ50㊦% 1例, 45㊦%以上3例, 30㊦%以上 2例, 25㊦%以上 2例ナリ。而シテ第 1次手術後之ヲ檢シタルニ37㊦%ヨリ25㊦%ニ, 45㊦%ヨリ23㊦%ニ, 50㊦%ヨリ40㊦%ニ, 48㊦%ヨリ40㊦%ニ, 何レモ10乃至20㊦%ノ減少ヲ示セリ。第13例ニ於テハ入院以來持續「カテーテル」 2ヶ月餘ニシテ其ノ間38㊦%ヨリ37㊦%ト殆ド減少ヲ示サザリシモノ高位切開後 9日ニシテ23㊦%トナリ又第12例ニ於テ高位切開後 4日ニシテ48㊦%ヨリ77㊦%ニ急激ニ増加セルモ20日後ニハ再ビ減少シテ40㊦%トナレリ。剔出手術後ニ檢シタル第11例ニ於テハ手術後20日ニシテ手術前ノ40㊦%ヨリ25㊦%ニ, 又第12例ニ於テハ手術後5日ニシテ40㊦%ヨリ33㊦%ニ何レモ減少ヲ示セリ。而シテ各症例ニ於テ手術直前ニ於ケル腎機能狀態ハ比重ノ差ハ20以上, 「フェノールズルフオプタライン」ノ排泄量 1時間40%以上, 血中殘餘窒素量40㊦%以下ノ中何レカノ二條件ニ該當スルニ至レリ。

治療經過ニ伴フ血壓ノ昇降ニ關シテハ 3例ニ於テ觀察シ, 1例ハ持續「カテーテル」10日後135ヨリ125ニ下降シ, 3例共ニ高位切開後ハ125ヨリ90ニ, 135ヨリ102ニ, 132ヨリ120ニ何レモ下降セリ。剔出手術後ハ 3例共ニ再ビ10乃至 5ノ上昇ヲ見タリ。高位切開後血壓下降シ, 剔出手術後再ビ上昇スル事ハ Seng ノ本症患者ニ於ケル觀察ト一致スルモノナリ。

剔出手術ハ早キハ入院後 3日, 最モ遅キハ58日後ニ行ヒタリ。麻酔ハ4例ニ於テ5%「トロパコカイン」1㊦ヲ以テ腰椎麻酔ヲナシ, 5例ニ於テ1%又ハ2%「ノボカイン」30㊦ヲ以テ薦骨麻酔ヲ行ヘリ。何レモ相當良好ナル麻酔ヲ得, 殊ニ薦骨麻酔ニ於テ麻酔完全ニシテ副作用少ナカリキ。攝護腺剔出術ニ際シ薦骨麻酔ヲ用ヒタル例ハ本邦ニ於テハ稀ニシテ文献上ニ現レタルモノハ本例ノ報告ヲ以テ最初トナス。

手術方式ハ前2回ニ於ケル報告ト略ニ同様ナリ。膀胱充盈劑トシテ一萬倍青酸酸化汞水ヲ用ヒ或ハ膀胱切開ノ直前ニ於テ空氣注入ヲナセリ。皮膚切開ハ全部縱切開ヲ行フ。攝護腺剔出ニ際シテハ大部分手指ヲ以テ膀胱粘膜ヲ穿孔セルモ 1例ニ於テハ刀ヲ用ヒタリ。剔出創腔ノ「ガーゼ」充填ハ前回ト同様「ジュロタ氏管」ヲ用ヒテ「沃度ホルムガーゼ」ヲ充填セリ。

手術後ノ經過, 充填「ガーゼ」ハ手術後4日乃至8日ヲ以テ除去ス。此ノ際僅少ノ出血ヲ見タリ。「マリオン氏」尿管ハ6日乃至14日後ニ除去シ同時ニ尿道ヨリ持續留置「カテーテル」ヲ挿入セリ。留置「カテーテル」ヲ除キ自然排尿ヲナシ得ルニ至ルハ最短19日, 最長58日ニシテ平均37日ナリ。腹部瘻孔ノ全ク閉鎖シ手當トシテハ軟膏ノ貼用ヲ以テ足ル程度ニ至ルハ37日乃至65日ニシテ平均47日強ナリ。

合併症トシテハ副睪丸炎ヲ發セル者 2例ノ他, 1例ニ於テ手術後精神障礙ヲ發セルモノヲ見, 當教室田村博士ニヨリテ最近報告セラレタリ。他ハ何レモ經過順調ナリシモノ一次的手術ヲ行ヒタル 2例ニ於テ手術翌日及ビ 4日後ニ死亡セリ。前者ハ心臟衰弱, 後者ハ腹膜炎ニ由ル。兩者

何レモ手術前ノ一般状態ハ比較的可良ナリシモノナリ。手術ニ因ル死亡率ハ之ヲ前 2回ノ報告ト合スレバ一次の攝護腺剔出術12例中死亡3例, 二次の攝護腺剔出術12例中死亡1例ナリ。

剔出標本, 最小17瓦, 最大139瓦ニシテ, 剔出攝護腺重量ノ139瓦ハ本邦ニ於ケル報告中最大ノモノナリ。之ヲ鏡査スルニ主トシテ腺腫組織ニシテ其間ノ結締組織量ハ多キモノ少キモノ等種々ノ程度ヲ示セリ。田村博士ハ組織學の所見ノ詳細ヲ別報ヲ以テ報告スル筈ナリ。

Literatur

- 1) 笹川: 日本泌尿器科學會雜誌, 第14卷, 第1號。
- 2) 北川, 田村: 日本泌尿器科學會雜誌, 第18卷, 第11號。
- 3) 田村, 金子: 日本泌尿器科學會雜誌, 第19卷, 第1號。
- 4) 武市: 皮膚科泌尿器科學會雜誌, 第29卷, 第1號。
- 5) 高橋: 第20回日本泌尿器科學會集談會, (日本泌尿器, 第19卷, 第10號)。
- 6) 田村: 第22回日本泌尿器科學會集談會, 日本泌尿器科學會雜誌, 第19卷, 第2號。
- 7) Alen: Zschft. f. u. Ch. Bd. 28.
- 8) Alyea: J. of U. Vol. 19.
- 9) Bacon: J. of u. Vol. 25 No. 3.
- 10) Ballenger: Zschft. f. u. Ch. Bd. 28.
- 11) Baumann: Zschft. f. u. Ch. Bd. 29.
- 12) Bedrna: Zschft. f. u. Ch. Bd. 27.
- 13) Blait: Wiener kl. Wschft. 1926.
- 14) Boit: Zschft. f. u. Ch. Bd. 27.
- 15) Briggs: J. of U. Vol. 18.
- 16) Davis: J. of U. Vol. 18.
- 17) Dunaejansky: Zschft. f. u. Ch. Bd. 29.
- 18) Fürstmann: Deutsch. med. Wschft. 1928
- 19) Goldstein: J. of U. Vol. 17.
- 20) Go'zl: Zschft. U. Bd. 23.
- 21) Greditzer: J. of U. Vol. 21.
- 22) Haim: Zschft. f. u. Ch. Bd. 27, Zschf f. U. Bd. 25. H. 11. 1931.
- 23) Higgis: Zschft. f. u. Ch. Bd. 28.
- 24) Hirt: Zschft. f. v. Ch. Bd. 26.
- 25) Jansen: Zschft. f. u. Ch. Bd. 30.
- 26) Mac Key: Zschft. f. u. Ch. Bd. 26.
- 27) Maisonnnet: Zschft. f. u. Ch. Bd. 26.
- 28) Pares: Zschft. f. u. Ch. Bd. 29.
- 29) Rummel: Zschft. f. u. Ch. Bd. 28.
- 30) Seng: J. of U. Vol 25. No. 3.
- 31) Suter: Zschft. u. Bd. 25 H. 4.
- 32) Ujhely: Zschft. f. u. Ch. Bd. 30.
- 33) Wildbolz: Urologen Kongress in Ber'lin. 1928.
- 34) Wolfsohn: Zschft. f. u. Ch. Bd. 30.
- 35) Young: Zschft. f. u. Ch. Bd. 27.

Abstracts of Original Articles

Aus der dermato-urologischen Klinik der Keio Universität
(Vorstand der urologischen Abteilung: Prof. Dr. M. Kitagawa)

Berichte über suprapubische Prostatektomie.

von

Prof. Dr. M. Kitagawa und Dr. K. Miyauchi.

In diesen 2 Jahren wurden 9 suprapubische Prostatektomie in unserer Klinik ausgeführt. Die Lebensjahre der Patienten sind im Durchschnitt ca. 71 Jahre. Vor Aufnahme der Patienten in unserer Klinik hatten 1 bis 10 Jahre verlaufen.

Zur Prüfung der Nierenfunktion vor der Operation wählten wir Phenolsulphonophthaleinprobe, Wasserverdünnungs- und Konzentrationsprobe und Bestimmung des Reststickstoffs im Blut und zeigten jede Fälle die Konzentrationsbreite über 20, die Ausscheidung der Phenolsulphonophthalein über 40% in 1 Stunde und der Reststickstoffgehalt im Blut unter 40mg%.

An 5 Fällen wurde Verweilkatheter (7 bis 53 Tagen) und an 4 Fällen Blasenfistel (11 bis 26 Tagen) angelegt.

Bei der Operation verwendeten wir Sakralanästhesie mit Novocain in 5 Fällen und Lumbalanästhesie mit Tropicocain in 4 Fällen, immer mit der suprapubischen lokalen Hautanästhesie und die Blase wurde mit Luft oder 1/10000 Cyanlösung gefüllt.

Zur Blutstillung hatten wir Jodoformgazestreifen in der Wunde nach Prostatektomie und das Marionsche Drainrohr in der suprapubischen Wunde eingeführt. Diese Tamponade wurde nach 4 bis 8 Tagen und das Marionsche Drainrohr an 6te bis 14te Tage nach der Operation entfernt, nachher wurde die Blase bis zum Wundschluss mit dem Verweilkatheter drainiert (19 bis 58 Tagen). Die Spontan-

harnentleerung wurde im Durchschnitt an 37te Tage nach der Prostatektomie möglich.

Wir beobachteten die Schwankungen des Blutdrucks im Verlauf der Behandlungen in 3 Fälle, und Senkung des Blutdrucks nach der Anlegung der Blasen-fistel und wieder Steigerung zum Norm nach der Prostatektomie.

Die Todesfälle der Prostatektomie von 24 Fällen, die bis heute in unserer Klinik ausgeführt wurden, sind 4 Fälle (16.7%), d. h. 3 unter 12 einseitig-prostatektomierten und 1 unter 12 zweizeitig-prostatektomierten.

Aus der dermato-urologischen Klinik in Okayama (Vorstand: Prof.
Dr. Hiroshi Negishi).

**Über die operative Behandlung der Nebenhodentuberkulose mit besonderer
Berücksichtigung der Resultate der Epididymektomie.**

von

Dr. Totaro Koike und Dr. Mitsuhiro Ohmori.

In den letzten 7 Jahren wurden 32 Fälle von Nebenhodentuberkulose epididymektomiert. Darunter wurde das Schicksal der Patienten in 25 Fällen aufgeklärt, und zwar wurden 13 mit einseitiger Epididymektomie, 6 mit doppelseitiger Epididymektomie, 6 mit Hemikastration und Epididymektomie der anderen Seite behandelt.

Prinzipiell wurde die Epididymektomie nur in den Fällen ausgeführt, wo der Hoden bei der Operation sich als gesund erwies. Die Resultate der Operation sind im allg. befriedigend.

Die Operationswunde war in der Mehrzahl der Fälle (84%) in 7 bis 10 Tagen nach dem Eingriff geheilt und nur in wenigen Fällen (16%) wurde ihre Heilung mehr oder weniger verzögert. In den letzten Fällen aber handelt es sich um eine Abszessbildung des Samenleiterstumpfes.